

診療情報および試料等を医学研究へ利用すること
についての不同意確認書

住所：大阪府大阪市北区大深町4-20 グランフロント大阪 タワーA 15階
リプロダクションクリニック大阪 院長 北宅 弘太郎 殿

私は、診療情報および試料(精子・卵子・胚)を医学研究に利用することについての説明を理解し、以下の通り判断しました(以下の□にチェック✓してください)。

患者記入欄

「医学研究・教育のための診療情報・試料等の利用」について同意しません。

ID _____ 署名(直筆) _____ 署名日：西暦 _____
住所
〒 _____

必ずご本人が直筆でご署名をお願いします。
ご本人以外の方が署名された場合、有印私文書偽造として刑事罰をうけることがあります。